

Adecuación de la prescripción de antiagregantes plaquetarios a pacientes diabéticos tipo 2 según los criterios de la ADA 2003

Objetivo. Determinar el porcentaje de diabéticos tipo 2 tratados en nuestro centro que deberían recibir antiagregantes plaquetarios (AP) como prevención primaria o secundaria según las recomendaciones del año 2003 (tabla 1) de la American Diabetes Association (ADA)¹ y los que efectivamente lo reciben.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, basado en información registrada en las historias clínicas.

Emplazamiento. Centro de atención primaria urbano de Cornellà de Llobregat, Barcelona, España.

Participantes. Muestra aleatoria de 413 personas elegidas entre los 975 pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 30 años, visitados en este centro entre el 1 de octubre de 2002 y el 30 de septiembre de 2003.

Mediciones principales. Edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular (CV), factores de riesgo CV según los criterios de la ADA 2003 y tratamiento con AP.

Resultados. Del total de 413 pacientes estudiados, el 47,5% era varón, cuya media de edad era 64,82 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 63,3-66,3%) y el 52,5% era mujer, con 67,22 años de media (IC del 95%, 65,8-68,6%). Un total de 384, es decir, el 93% (IC del 95%, 90,5-95,4%) tenía algún factor de riesgo CV (120 tenían solo 1; 145, 2; 91, 3; y 28, más de 3). Al analizar cada factor de riesgo por separado, la hipertensión arterial era el más frecuente y estaba presente en el 70,7% (IC del 95%, 66,3-75%) de los diabéticos.

Del total de 413 pacientes, 86 (20,8%; IC del 95%, 16,9-24,7%) tenían enfermedad CV y

Tabla 1. Recomendaciones para personas diabéticas de la ADA (2003)

1. Controlar los demás factores de riesgo cardiovascular (CV) si los hay
2. Prescribir tratamiento antiagregante plaquetario: ácido acetilsalicílico (AAS) en dosis de 80-325 mg/día, sin diferencias según el sexo:
 - Como prevención primaria si no padece enfermedad CV pero sí tiene otro factor de riesgo CV (antecedentes de enfermedad coronaria en familiares de primer grado, tabaquismo, hipertensión arterial, índice de masa corporal superior a 27,3 en mujeres o a 27,8 en varones, proteinuria [micro o macro] o dislipidemia), si es mayor de 30 años y sin contraindicaciones para el uso de AAS
 - Como prevención secundaria si padece enfermedad CV de grandes vasos (enfermedad coronaria o angina, con procedimientos de revascularización, enfermedad arterial periférica o claudicación, accidentes vasculares cerebrales o isquémicos transitorios) y sin contraindicaciones al AAS
 - Contraindicaciones para el uso de AAS: alergia al AAS, tendencia al sangrado, terapia anticoagulante, sangrado gastrointestinal reciente, enfermedad hepática activa, menores de 21 años por riesgo de síndrome de Reye

Tomada de: American Diabetes Association¹.

sin contraindicaciones clínicas para recibir AP como prevención secundaria, de los cuales la recibían 77 (89,53%; IC del 95%, 83,1-96%). Identificamos también a 292 (70,7%; IC del 95%, 68,5-72,9%) pacientes con factores de riesgo CV añadidos a la diabetes y sin enfermedad CV ni contraindicaciones para recibir el tratamiento AP como prevención primaria, según los criterios de la ADA 2003, de los cuales solo 61 pacientes (20,9%; IC del 95%, 18,5-23,3%) lo recibían.

Discusión y conclusiones. A pesar de las recomendaciones de la ADA 2003 acerca de tratar con AP a los pacientes diabéticos, aún muchos pacientes susceptibles de tratamiento no lo reciben. Nuestros resultados son comparables con los de otros estudios²⁻⁶ y son especialmente buenos en prevención secundaria; pero debemos aumentar la prescripción de ácido acetilsalicílico a diabéticos, especialmente en prevención primaria, para lo que es necesario hacer una mayor difusión de las recomendaciones tanto a los médicos de atención primaria como a los pacientes.

Sandra Raméntol Teys, Vicenta Pujol Blaya, Mónica León de la Fuente y María León-Sanromà
EAP La Gavarra. Institut Català de la Salut.
SAP Baix Llobregat Centre. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.

1. American Diabetes Association. Aspirin therapy in Diabetes (Position Statement). Diabetes Care. 2003;26 Suppl 1:S87-8.

2. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernaez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. Med Clin (Barc). 2004;122:96-8.
3. López J, Escudero S, González AM, Mencia A, García LE, Morán B. Empleo de antiagregantes en la prevención primaria y secundaria cardiovascular del diabético en el medio urbano y rural del área de León. Aten Primaria. 2002;31:361-5.
4. Persell SD, Baker DW. Aspirine use among adults with diabetes: recent trends and emerging sex disparities. Arch Intern Med. 2004;164:2492-9.
5. Haggerty SA, Cerulli J, Zeolla MM, Cottrell JS, Weck MB, Faragon JJ. Community pharmacy Target Intervention Program to improve aspirine use in persons with diabetes. J Am Pharm Assoc. 2005;45:17-22.
6. Short D, Frischer M, Bashford J, Ashcroft D. Why are eligible patients not prescribed aspirin in primary care? A qualitative study indicating measures for improvement. BMC Family Practice. 2003;4:9.

¿Es la fragilidad un hecho en los mayores de 80 años? Estudio de prevalencia

Objetivo. Dado el aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de

Este estudio ha sido presentado como poster al 18.º Congreso de la SCMFIC del 2004. Ref. 8576-156.253

Palabras clave: Diabetes. Aspirina. Antiagregantes plaquetarios. Prevención cardiovascular.

Palabras clave: Fragilidad. Prevalencia. Anciano.

Tabla 1 Distribución de los criterios de fragilidad*

Criterio de fragilidad		Sí	No
Tres o más enfermedades crónicas	n	19	177
	%	9,7	90,3
	IC del 95%	5,6-13,8	86,2-94,4
Polifarmacia	n	116	98
	%	54,2	45,8
	IC del 95%	47,5-60,9	39,1-52,5
Caídas en el último año	n	22	192
	%	10,3	89,7
	IC del 95%	6,2-14,4	85,6-93,8
Déficit sensorial	n	38	64
	%	37,3	62,7
	IC del 95%	27,9-46,7	53,3-72,1
Limitación de la movilidad	n	28	133
	%	17,4	82,6
	IC del 95%	11,5-23,3	76,7-88,5
Ingreso hospitalario reciente	n	45	169
	%	21	79
	IC del 95%	15,5-26,5	73,5-84,5
Deterioro cognitivo o afectivo	n	21	34
	%	38,2	61,8
	IC del 95%	25,4-51	49-74,6
Problema social	n	40	19
	%	67,8	32,2
	IC del 95%	61,5-74,1	20,3-38,5

*Los porcentajes se expresan sobre el total de registros existentes (%) con el intervalo de confianza del 95% (IC del 95%).

la población gallega, consideramos que el criterio etario por sí solo no es válido para el etiquetado de anciano frágil en nuestros mayores¹. Por ello, nos planteamos valorar si los mayores de 80 años de nuestro centro de salud cumplen otros criterios para tal consideración o si bien la calidad de vida de que disfrutaban les permite ser ancianos no dependientes a pesar de su longevidad.

Diseño. Estudio de prevalencia.

Emplazamiento. Centro de Salud de Cambados, Pontevedra.

Participantes. Población mayor de 80 años adscrita al Centro de Salud de Cambados, pacientes que estén vivos y tengan historia clínica en formato informático o papel a día 6 de junio de 2005

Mediciones principales. Se examinan las variables sexo, edad y las características de finitorias de fragilidad en la población mayor de 80 años adscrita al Centro de Salud de Cambados. Los datos proceden de la base de datos de historias clínicas (formato papel o informático) del Centro de Salud de Cambados, y de la aplicación VALIDARE.

Resultados. El tamaño poblacional resultante es de 499 pacientes. Se realiza un muestreo aleatorio simple después de pre-determinar un tamaño muestral de 214 pacientes. Se reclamaron 242 historias clínicas y se excluyeron 28 por errores en la codificación o ausencia de registro. Se in-

cluyó en el estudio a 214 ancianos con una edad media de 84,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 84-85): 140 mujeres con edad media de 84,9 años (IC del 95%, 84,2-85,6) y 74 varones con edad media 84 (IC del 95%, 83,3-84,7).

La prevalencia de mayores de 80 años de la muestra que cumplen al menos un criterio de fragilidad es del 73,8%. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de fragilidad en función de la edad o el sexo. La distribución de los criterios de fragilidad se muestra en la tabla 1.

Discusión. En este trabajo se trata de estimar la prevalencia de fragilidad en la población mayor de 80 años atendida en el centro de salud de Cambados. Hemos obtenido una prevalencia de 73,8% (67,9-79,7). Ésta, teóricamente, sería la proporción de mayores que tienen una situación de riesgo de deterioro mayor y serían los candidatos a realizar una valoración clínica, mental, social y funcional con el objeto de establecer un plan de cuidados para mantener o mejorar su calidad de vida². Esta proporción se debe mayoritariamente a polifarmacia, ingresos hospitalarios recientes y caídas³⁻⁵.

Es conveniente precisar que el registro de las variables que se están considerando varía en función del médico y DUE asignado a cada paciente, así como del hecho de que el paciente acuda o no a consulta, dado que en nuestra área no hay programa de atención domiciliaria.

No encontrar relación significativa con la edad ni con el sexo indica que la fragilidad no se debería definir en función de estos criterios, sino de la situación real de cada paciente.

Paloma Cano García^a,
Rosana Castelo Domínguez^b
y Santiago Pérez Cachafeiro^c

^aPunto de Atención Continuada. Cambados. Pontevedra. España. ^bCentro de Salud de Cambados. Pontevedra. España. ^cLondon School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres. Reino Unido.

Los resultados de este artículo forman parte del trabajo «Estudio de prevalencia de anciano frágil en población mayor de 80 años adscrita al Centro de Salud de Cambados», que fue presentado como proyecto final del Diploma en Sanidad (Fegas, Escuela Nacional de Sanidad) en Santiago de Compostela, el 25 de noviembre de 2005.

1. Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40:58-9.
2. Cortés Rubio JA, Méndez-Bonito González E, Koutsourais Movilla R, Utrilla

Moro J, Macías Rodríguez J, Casado Aguado MA, et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria*. 1996;18:327-30.

3. Análisis y evaluación de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: Programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [citado mayo 2005]. Disponible en: http://www.segg.es/segg/pdf/guias_recomendaciones/libroBlancoDependencia.pdf
4. Urbina Torija JR, Flores Mayor MJ, García Salazar MP, Rodríguez Extremera E, Torres Buisan L, Torrubias Fernández RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria*. 2004; 34:293-9.
5. Carballo Ramos I, Camacho Giraldo JC, Del Trigo Espinosa M, Sánchez Buegos E. Prevalencia de ancianos de alto riesgo en una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 2004;34:565-6.

MAPA y estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso en atención primaria

Objetivo. Conocer el perfil de riesgo cardiovascular y el nivel de control con la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) y su correlación con la presión arterial en consulta (PAC).

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Se realizó en 19 consultas de medicina general de un centro de salud urbano con una población estimada de 48.000 personas.

Participantes. Pacientes hipertenso mayores de 18 años remitidos por sus médicos durante el año 2005 para valoración y colocación de monitor automático oscilométrico Spacelab 90207, bien por mal control, sospecha de hipertensión (HTA) de bata blanca, refractaria, lábil o de alto riesgo.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Monitorización ambulatoria de la presión arterial. Evaluación del riesgo cardiovascular.

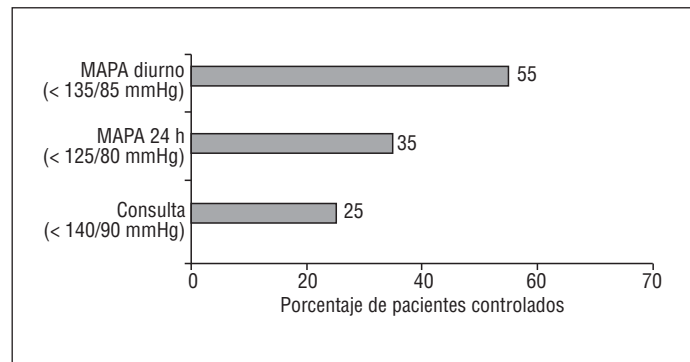


Fig. 1. Control de la presión arterial en consulta y según MAPA. $p < 0,05$.

Mediciones principales. Variables antropométricas, estratificación de riesgo cardiovascular según los criterios ESH/ESC 2003, perfil de tratamiento, medias de PAC, medias de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en período de 24 h, descanso y actividad, niveles de control, proporción de HTA de bata blanca o HTA aislada en consulta (PAC alterada y MAPA normal) y enmascarada o HTA aislada ambulatoria (PAC normal y MAPA alterada).

Resultados. Se incluyó a 118 pacientes. La edad media fue de $62,19 \pm 10,9$ años. El 53% fueron varones. La media de años de evolución fue de $9,98 \pm 2,3$ años. El 16% de los casos tenía enfermedad clínica asociada y, tras la estratificación, un 33% de los pacientes tenía niveles de riesgo altos o muy altos ($> 5\%$). El 35% usaba régimen en monoterapia; los fármacos más utilizados eran los diuréticos, los bloqueadores beta y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA). La proporción de pacientes con terapia combinada fue del 30% y con triple terapia del 25%. Se encontraron diferencias significativas entre las medias de la PAS y la PAD en la consulta y a través de la MAPA ($p < 0,05$). El grado de control con valores en consulta $< 140/90$ mmHg fue del 25% y con la MAPA 24 h y valores $< 125/80$ mmHg, del 35%, alcanzando valores del 55% si se consideran cifras de MAPA diurno ($< 135/85$) (fig. 1). Hay diferencias significativas entre el nivel de control en consulta y MAPA bien se considere 24 h o solo período de actividad ($p < 0,05$).

La prevalencia de HTA enmascarada fue de 10%, y fue el doble en varones que en mujeres ($p < 0,05$). Un 19% presentó HTA de bata blanca, la cual fue 3 veces más frecuente en mujeres ($p < 0,05$).

Conclusiones. Hay altos niveles de riesgo cardiovascular en la población hipertensa estudiada y es deseable determinarlo en todos los pacientes hipertenso¹⁻³. Hay discrepancias importantes en el nivel de control según la forma de medida, que está subestimado^{4,5} si sólo se consideran las cifras de consulta, ya que el control con la MAPA es del 55%. Hay más HTA de bata blanca de lo que se sospecha y un nada despreciable porcentaje de HTA enmascarada que representa un aumento del riesgo cardiovascular en relación con los pacientes con MAPA normal⁶, con diferencias importantes por sexo en ambas. Estudios posteriores nos ayudaran a precisar más variables predictoras.

**María Teresa Gijón Conde^a,
Carmen Rodríguez Martín-
Millanes^b, Susana Jones Dougan^a
e Isabel Pitillas Robledo^b**

^aCentro de Salud Majadahonda. Área 6.
Proyecto Cronopres. Madrid. España.

^bCentro de Salud Majadahonda. Área 6.
Madrid. España.

1. Stokes J, Kannel WB, Wolf PA, D'Agostino RB, Cupples A. Blood pressure as a major factor for cardiovascular disease: The Framingham Study. 30 years of follow-up. *Hypertension*. 1989;13 Suppl 1:13-8.
2. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension: European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1011-53.
3. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Hipertensión*. 2005;Supl 2:44-6.